

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1942

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

N° 296

Paul-Etienne TORRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 18 juillet 1912 à Alger (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le ~~20~~ OCT. 1942 ... 1942

L'œsophagoŝcopie rétrograde

(Étude d'un nouveau procédé)

Président : M. F. LEMAITRE, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir - Delavigne

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **TORRE.**

Prénoms : **Paul-Etienne.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

TORRE (Paul - Etienne). —

L'œsophagoscopie rétrograde. Etude d'un nouveau procédé. — *Librairie Arnette*, 1942, in-8° r., 72 pages, 4 fig.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1942, n°)

TORRE (Paul - Etienne). —

L'œsophagoscopie rétrograde. Etude d'un nouveau procédé. — *Librairie Arnette*, 1942, in-8° r., 72 pages, 4 fig.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1942, n°)

TORRE (Paul - Etienne). —

L'œsophagoscopie rétrograde. Etude d'un nouveau procédé. — *Librairie Arnette*, 1942, in-8° r., 72 pages, 4 fig.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1942, n°)

TORRE (Paul - Etienne). —

L'œsophagoscopie rétrograde. Etude d'un nouveau procédé. — *Librairie Arnette*, 1942, in-8° r., 72 pages, 4 fig.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1942, n°)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551805_0011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Paul-Etienne TORRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 18 juillet 1912 à Alger (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le1942

L'œsophagoscopie rétrograde
(Étude d'un nouveau procédé)

Président : M. F. LEMAITRE, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1942

I. PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique Médicale	FIESSINGER.
	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
	HARVIER.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL - LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	CADENAT.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES ...	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BEZANÇON (J.)	Hydrologie.	LANTUÉJOUL .	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	M ^{me} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE		MOLLARET ...	Pathologie médicale.
(Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAIL-	
DEGREZ (H.).	Physique.	LIS	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	RENARD	Ophthalmologie.
DIGONNET	Obstétrique.	RICHET	Physiologie.
DOGNON	Physique.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN-		SOULIE	Pathologie médicale.
TANO	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} GAUTHIER-			
VILLARS ...	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LE LORIER ...	Obstétrique.
CHAILLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		DE GAUDART	
CHEVALLIER.		D'ALLAINES.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
LIAN.		MOURE.	
MOREAU.			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE.			
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. AUBIN

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Ambroise-Paré
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX D'ALGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR CANGE (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LEBON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBRY

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTANTINI

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR KUSS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. MOREAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TH. ALAJOUANINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR L. SAUVE

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-M. LE MEE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. HALPHEN

MONSIEUR LE PROF. AGRÉGÉ D. PETIT-DUTAILLIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

A MES MAITRES DE CONFERENCES

MONSIEUR LE DOCTEUR DEROT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR HEPP

Chirurgien des Hôpitaux

MESSIEURS LES DOCTEURS ABOULKER,
SCHWOB, VAUCLIN

A MESSIEURS LES DOCTEURS ZHA, BERARD,
SALOMON, GASTON, TRAN-HUU-TUOC

Assistants d'O.-R.-L. des Hôpitaux de Paris

A MES AMIS ANDRÉ SOUNES,

FRANÇOIS CHARLES, MAURICE POROT

AVANT-PROPOS

A notre arrivée dans le service de M. le Professeur LEMAITRE, trois enfants de quatre à douze ans étaient hospitalisés porteurs de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, tous trois gastrostomisés.

Ils font l'objet de trois des observations que nous rapportons.

L'un d'eux suivait à notre arrivée un traitement par dilatation bouginaire pérorale, et le fil sans fin installé au début du traitement avait été supprimé. Mais on dut interrompre les dilatations pérorales car les bougies butaient trop souvent dans une amorce de diverticule postérieur : il fallut réinstaller un fil sans fin pour continuer le traitement par voie rétrograde.

M. le Docteur AUBIN nous montra comment on pouvait, par voie rétrograde, passer un tel fil, sans avoir recours à l'œsophagoscopie pérorale toujours pénible pour tous et terrifiante pour un jeune sujet, en utilisant une technique très simple mise au point par lui-même : le cathétérisme de bas en haut à l'aide d'un tube guidé uniquement par la radioscopie.

Les deux autres petits malades, porteurs de rétrécissement longtemps négligé, étaient traités par dilatation sur un fil sans fin installé d'emblée par voie rétrograde.

Nous avons eu, par la suite, l'occasion de pratiquer nous-même ce cathétérisme rétrograde : la simplicité, la rapidité de cette manœuvre de quelques secondes, sa douceur, qui la fait supporter par des enfants insupportables, nous ont semblé remarquables.

C'est ce qui nous suggéra l'idée de ce travail, pour lequel M. le Docteur AUBIN voulut bien mettre à notre disposition sa documentation et ses observations. Parmi ces dernières figure l'observation du premier cas français de perforation d'un diaphragme cicatriciel.

Nous prions M. le Docteur AUBIN de vouloir bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de nos sentiments respectueusement dévoués.

INTRODUCTION

L'œsophagoscopie rétrograde, inséparable du cathétérisme rétrograde de l'œsophage se définit d'elle-même.

Elle se fait par la bouche de gastrostomie qui constitue le premier temps du traitement de tout rétrécissement grave de l'œsophage.

Le terme d'œsophagoscopie est le plus souvent impropre car dans la majorité des cas il ne s'agit pas de voir, mais d'amener jusqu'au niveau inférieur du rétrécissement un tube qui guide des sondes filiformes ou des instruments perforants.

L'œsophagoscopie rétrograde a pour objectif le traitement des rétrécissements graves de l'œsophage, c'est-à-dire les atrésies et les rétrécissements infranchissables par le haut.

La technique peut en être difficile, les principales difficultés résidant presque uniquement dans la découverte du cardia.

HISTORIQUE

Le cathétérisme sous œsophagoscopie pérorale avait semblé aux premiers endoscopistes devoir résoudre le problème thérapeutique de *tous* les rétrécissements de l'œsophage.

Mais on s'est rapidement aperçu que dans les mains les plus entraînées, nombreux étaient encore les rétrécissements qui ne pouvaient être cathétérisés par voie haute.

La gastrostomie permettait, il est vrai, après une mise au repos souvent fort longue, de cathétériser par voie pérorale quelques cas à la limite.

Mais il restait toujours des cas perméables ou non aux liquides qu'il était impossible de franchir de haut en bas. Et c'est pour traiter ces rétrécissements graves que l'œsophagoscopie rétrograde a été imaginée.

EHRLICH semble avoir été le premier, en 1897, à utiliser l'abord rétrograde de l'œsophage. Il est du moins le premier en date des auteurs cités par GUISEZ dans ses articles. Nous n'avons malheureusement pas pu retrouver la relation de cette première performance.

Par la suite de nombreux auteurs se sont attachés à cette question.

En FRANCE :

GUISEZ, en 1908-1911.

SENCERT, en 1917, qui semble avoir non seulement mis au point et utilisé couramment l'œsophagoscopie rétrograde, mais encore avoir utilisé parmi les premiers, sinon le premier, la dilatation rétrograde par drains de caoutchouc tirés par un fil.

En AMÉRIQUE (*aux Etats-Unis*) :

MOSHER, en 1911.

MURPHY, en 1914.

CHEVALIER-JACKSON et ses élèves, parmi lesquels TUCKER en 1924, se sont à des degrés divers intéressés à cette question et ont publié de nombreux travaux.

En AUTRICHE, par contre, l'Ecole de Vienne ne semble pas s'être beaucoup intéressée à l'œsophagoscopie rétrograde.

LES BASES DE L'ŒSOPHAGOSCOPIE RÉTROGRADE

L'œsophagoscopie rétrograde est basée sur :

A) L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE.

1. *Au niveau de la portion sus-stricturale, on observe :*

- a) des lésions d'œsophagite avec ulcérations ;
- b) un amincissement souvent considérable des parois qui explique la fragilité inquiétante des dilatations sus-stricturales ;
- c) un orifice punctiforme, excentrique, souvent masqué par de l'œdème ou des bourgeons ou par un repli cicatriciel ;
- d) des ébauches de diverticules ;
- e) voire même des rétrécissements successifs de plus en plus serrés à mesure qu'on se rapproche du cardia.

2. *Au niveau de la portion sous-stricturale, on trouve par contre :*

- a) un cône relativement régulier à sommet supérieur;
- b) des parois épaisses et résistantes;
- c) il n'y a pas d'œsophagite, pas d'ulcération;
- d) il n'y a pas d'amorce diverticulaire.

B) L'EXISTENCE DE LA GASTROSTOMIE :

La gastrostomie était autrefois le traitement palliatif opposé aux rétrécissements qu'on ne pouvait pas dilater.

Elle est devenue d'indication courante aujourd'hui, car en plus du double intérêt de mettre l'œsophage au repos et de permettre la réalimentation, elle va permettre la dilatation rétrograde sur fil sans fin, qui est, de loin, la meilleure et la plus sûre méthode de traitement des rétrécissements serrés.

C'est donc pour ces multiples raisons qu'est réalisée la voie d'accès sur la portion sous-stricturale.

Et l'œsophagoscopie rétrograde dont GUISEZ disait :

« A priori, il semblerait facile de passer un tube par la fistule gastrique, et d'aller chercher le cardia pour examiner de façon rétrograde l'œsophage; eh bien, cette méthode présente les plus grandes difficultés !... »

est devenue une méthode appliquée couramment au traitement des rétrécissements graves.

LES MÉTHODES D'ŒSOPHAGOSCOPIE RÉTROGRADE

1. MÉTHODE INDIRECTE. — Le but de l'œsophagoscopie rétrograde est le plus souvent de permettre la dilatation rétrograde progressive du rétrécissement. Aussi les premiers auteurs se sont-ils bornés à pratiquer un *cathétérisme* :

Par la bouche de gastrostomie, ils introduisent un tube court, repèrent le cardia par une sorte de gastroscopie et y poussent la sonde.

C'est ce que nous appellerons la *méthode indirecte*.

Elle fut pratiquée par GUISEZ, par SENCERT.

Elle est encore utilisée aux Etats-Unis par IGLAUER qui utilise le grand champ optique du cystoscope pour repérer le cardia.

2. MÉTHODE DIRECTE. — Parmi les auteurs actuels, certains cherchant à s'attaquer à des atrésies œsophagiennes ont tenté de mettre au point des méthodes d'œsophagoscopie vraie rétrograde; nous verrons ce que l'on peut en penser.

C'est avec un œsophagoscope long, de petit calibre, qu'ils s'efforcent de trouver le cardia dans la cavité

gastrique, qu'ils passent le cardia et qu'ils tentent de voir la face inférieure du rétrécissement.

C'est ce que nous appellerons la *méthode directe*.

3. MÉTHODE MIXTE. — Nous préconisons, à la suite de notre maître M. le Docteur AUBIN, une *méthode mixte* :

Nous considérons en effet qu'il est illusoire, aussi bien d'espérer voir un cardia sous un quelconque de ses aspects (et le nombre des comparaisons morphologiques est infini) que d'espérer voir toutes les parois de l'œsophage (condition indispensable pour pouvoir parler d'*œsophagoscopie*) au travers d'un tube qui comme nous le verrons n'a pas un libre jeu.

Nous faisons donc un *cathétérisme*, sans même éclairer notre tube, en nous guidant seulement sous l'écran, le tube n'étant utilisé que comme un guide pour les sondes ou les instruments.

Mais, quelle que soit la méthode, le repérage du cardia représente la principale difficulté.

Nous diviserons notre étude en trois parties :

Première partie : l'abord rétrograde de l'œsophage ;
le passage du cardia.

Deuxième partie : l'œsophagoscopie rétrograde
proprement dite.

Troisième partie : la gastrostomie pour les rétrécissements de l'œsophage : les qualités qu'elle doit présenter.

PREMIERE PARTIE

L'ABORD RÉTROGRADE DE L'ŒSOPHAGE

LA DÉCOUVERTE ET LE CATHÉTÉRISME DU CARDIA

La découverte et le cathétérisme du cardia est la principale, et peut-être la seule difficulté de l'œsophagoscopie rétrograde. Toutes les difficultés signalées par les auteurs les plus divers sont celles de la découverte du cardia.

I. - RAPPEL ANATOMIQUE

Des travaux récents et nombreux ont rappelé et précisé l'anatomie « vivante » de la région du cardia.

Nous avons emprunté l'essentiel de ce qui va suivre à la thèse de Georges Bons.

En atteignant le diaphragme, l'œsophage se rétrécit. Il est là encerclé par l'anneau du diaphragme, au

point que sa lumière se rétrécit et que ses parois paraissent presque accolées.

L'ORIFICE ŒSOPHAGIEN DU DIAPHRAGME :

Il est formé par les piliers qui s'entrecroisent en avant et à gauche de l'orifice aortique, limitent la fente elliptique de l'orifice œsophagien et se rejoignent en avant de lui.

Cet orifice œsophagien est situé profondément sous le rebord costal, sur le versant postérieur de la coupole diaphragmatique, à gauche de la ligne médiane : sa projection affleure le bord gauche de la colonne vertébrale.

Cet orifice est musculaire, donc dilatable, mais dans de très faibles proportions.

LE SPHINCTER DU CARDIA :

L'œsophage présente à ce niveau, pour certains, un épaissement considérable de la musculouse, réalisant une disposition comparable à celle du pylore.

Mais de nombreux auteurs ont montré par de nombreuses recherches qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Et le nombre irréductible des théories pathogéniques du cardiospasme est la meilleure preuve de l'existence inconstante d'un sphincter à ce niveau.

LA PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE DE L'ŒSOPHAGE :

Dans sa portion sous-diaphragmatique, l'œsophage se dilate progressivement et insensiblement, jusqu'à son aboutement dans l'estomac.

Sa longueur varie de 0 cm. 5 à 4 cm.

Sa forme et sa direction ont fait l'objet de nombreux travaux :

F. RAMOND et JACQUELIN, à la suite de recherches anatomiques et radiologiques, ont montré que l'œsophage n'aborde pas l'estomac comme le veulent les classiques, par une descente verticale et un abouchement à angle aigu sur le flanc gauche de la poche gastrique, à la manière dont l'uretère pénètre dans la vessie.

L'œsophage, au contraire, à 2 cm. environ de l'estomac, s'infléchit en avant, puis se coude assez brusquement pour se porter à gauche vers la poche gastrique, et l'aborder suivant un axe normal au bord droit de cette poche.

Cette dernière portion s'élargit en entonnoir et forme un vestibule qui se continue sans démarcation nette avec l'estomac : sans incisure extérieure, sans valvule intérieure. Ce vestibule se distend en même temps que l'estomac lorsqu'on l'insuffle, et la distension s'arrête à 2 cm. en amont, au niveau du coude, comme si c'était là et non au niveau du cardia des anatomistes et des histologistes qu'existait un véritable sphincter physiologique qui commande l'entrée de l'estomac.

En résumé : il semble qu'il faille considérer non un cardia proprement dit, situé à l'union des muqueuses gastrique et œsophagienne, mais une véritable *région du cardia* comprenant le coude de l'œsophage abdominal et le rétrécissement diaphragmatique.

C'est cette région que l'œsophagoscopie rétrograde doit franchir : sa solidarité avec le diaphragme exige pour qu'un tube rigide puisse la franchir, que celui-ci soit très oblique, presque parallèle au plan de la table sur laquelle est couché le malade; le mode d'abouchement dans l'estomac explique que le tube n'aura de chances de passer qu'autant qu'il longera la petite courbure et n'ira pas se perdre dans la poche à air.

II. - LE REPERAGE DU CARDIA

AU COURS DE L'ŒSOPHAGOSCOPIE RETROGRADE

A. - LES PROCÉDES.

Pour le repérage proprement dit du cardia, deux groupes de procédés ont leurs partisans :

Un premier groupe : les procédés qui utilisent la *gastrosopie*, procédés où l'on recherche le cardia à la vue.

Un second groupe : les procédés qui n'utilisent pas la vue, ou ne l'utilisent qu'accessoirement, pour se fier surtout à des repères extérieurs ou radiologiques.

1^{er} groupe : Les procédés gastrosopiques.

1° SENCERT introduit un tube de 10 mm. dans l'orifice de gastrostomie; il le dirige en haut et en dedans et après quelques tâtonnements, le cardia est aperçu sous forme d'une fente antéro-postérieure oblique, au niveau de laquelle la muqueuse lisse de l'œsophage

se distingue de la muqueuse tomenteuse et plissée de l'estomac. Malgré les obstacles, dont les principaux sont les replis gastriques et un léger suintement sanguin, SENCERT déclare avoir toujours trouvé le cardia, parfois en quelques minutes.

2° IGLAUER, aux Etats-Unis, pratique le procédé gastrosopique dans sa forme la plus pure : il utilise pour cela le *cystoscope*. Le grand champ visuel de cet instrument doit théoriquement faciliter la recherche du cardia. Il faut, après un lavage parfait de l'estomac, remplir d'eau la cavité gastrique (et ceci pose un problème d'étanchéité dont l'auteur ne donne pas la solution). Il faut surtout, selon IGLAUER lui-même, le concours d'un urologiste entraîné au maniement du cystoscope, ce qui ne laisse pas d'être humiliant pour un spécialiste des voies digestives supérieures.

2^e groupe : *Les autres procédés.*

Les autres auteurs, considérant les repères visuels gastriques comme mouvants, imprécis ou absents, substituent de plus en plus le *toucher* à la *vue*. Mais le tube est toujours éclairé et ils cherchent le cardia dans la région où il doit être.

1° GUISEZ conseille, le malade étant en position déclive, tête basse, d'introduire avec son mandrin un tube de petit calibre; en dirigeant le tube vers la gauche, on cherche le cardia à 5 cm. (mesurés vraisemblablement sur le tube). Il se présente au fond d'un entonnoir comme une fente sphinctérienne qui s'entr'ouvre à l'inspiration : il est difficile d'accès

pour le tube. La muqueuse se déplace constamment et ne tarde pas à saigner si on insiste.

L'auteur insiste surtout sur les obstacles que l'on rencontre, parmi lesquels les replis muqueux sont les plus sérieux, la sécrétion gastrique pouvant aisément être éliminée par l'aspiration qui ne semblait pas d'utilisation courante en 1911.

2° CHEVALIER-JACKSON repère auparavant, sur la peau, le point de projection approximatif du cardia; puis il parcourt, sous le contrôle de la vue et du *toucher* la coupole de la *grosse tubérosité gastrique* de gauche à droite : il finit par *sentir* le tube s'engager dans une fossette qui s'ouvre devant lui.

Mais l'auteur conseille, si cela est possible, de guider la recherche sur le bout inférieur d'un fil avalé par le malade. Il semble qu'alors l'œsophagoscopie rétrograde ait perdu de son intérêt, qui est justement, dans la majorité des cas, de passer ce fil, alors qu'on n'y était pas arrivé par voie pérorale.

Récemment, enfin, les CHEVALIER-JACKSON ont dit avoir trouvé une aide intéressante dans l'utilisation de l'appareil radioscopique biplan. C'est là une méthode qui ne sera indispensable qu'au traitement des atrésies et que permettent seules certaines installations privilégiées; il ne semble pas sans intérêt de rendre le cathétérisme rétrograde réalisable dans la pratique courante à l'aide d'appareils couramment répandus.

3° TUCKER, en 1921, a donné une description détaill-

lée de sa technique qui a fait des adeptes aux Etats-Unis.

Nous la traduisons aussi exactement qu'il nous est possible, car elle nous servira de base et de point de comparaison.

Préparation : malade à jeun.

Lavage d'estomac parfait évacué à l'aide d'une canule finement grillagée.

Anesthésie. — Aucune anesthésie.

Position. — Décubitus dorsal.

Un coussin sous le dos plus bas que les omoplates. Prévoir la nécessité de faire une œsophagoscopie pérorale associée.

Technique. — Un tube œsophagoscopique de JACKSON est introduit presque verticalement jusqu'au contact de la paroi postérieure de l'estomac. Le bec du tube est alors élevé jusqu'à être au même niveau que le rebord costal. On le dirige vers la colonne vertébrale, qui toutefois ne doit pas être dépassée. La paroi postérieure est alors suivie vers le haut (on est souvent guidé par la colonne elle-même).

Cette technique fait longer la petite courbure et mène directement dans l'œsophage abdominal. Une pression douce dans cette direction trouvera généralement l'hiatus, le bout de l'instrument étant toujours guidé par la vue, chaque anomalie sera notée.

Le patient devient nauséux au moment où le tube glisse dans l'œsophage.

Le tube glisse sans résistance jusqu'au tiers moyen; le passage plus haut nécessite la modification sui-

vante de la position du malade : tête et épaules basses avec le rebord de la table au milieu des omoplates, et lorsque le tube passe, au-dessus du repli crico-pharyngien, dans le pharynx la tête est graduellement abaissée au-dessous du niveau de la table : c'est le stade « bas » de la position « haute-basse » de JACKSON.

Par ailleurs, comme JACKSON, TUCKER déclare que le repérage du cardia est facilité par le guidage du tube sur un fil de soie avalé et sorti par la bouche de gastrostomie.

Telle est la technique la plus détaillée que nous ayons pu relever. Elle est la seule qui ne laisse pas trop à l'interprétation personnelle, encore que le « chaque anomalie sera notée » risque de faire perdre beaucoup de temps. Elle a, à nos yeux, le mérite très grand de mettre en valeur le repère de la colonne vertébrale, et l'alignement de l'œsophage et de la petite courbure.

Nous terminerons cet exposé des principales techniques que nous avons notées, en signalant que dans un des plus récents traités des maladies de l'œsophage toute la question de l'œsophagoscopie rétrograde est simplement résumée dans ces quelques mots par HASLINGER :

« A la faveur d'une fistule gastrique, on peut introduire le tube œsophagoscopique de bas en haut, dans l'œsophage, à travers le cardia.

« La technique d'examen est souvent difficile, car la recherche du cardia prête à mille difficultés. Le lavage et l'insufflation de l'estomac facilitent beaucoup la découverte du cardia en forme de rosace.

« Il faut surtout considérer comme indication de l'œsophagoscopie rétrograde les sténoses cicatricielles de l'œsophage qui sont impossibles à franchir de haut en bas ni par les bougies, ni par un fil avalé. »

Ce court article, s'il ne donne que peu de détails sur la manière de surmonter les mille difficultés, présente, à nos yeux, le mérite de confirmer qu'il y a des rétrécissements infranchissables de haut en bas et que l'œsophagoscopie rétrograde est utile dans certains cas.

B. - DISCUSSION DES PROCÉDÉS DE REPERAGE DU CARDIA.

On peut conclure, de l'exposé que nous avons fait des différents procédés, que la découverte du cardia reste d'une extrême difficulté, même si l'estomac a été lavé et insufflé.

1° Il n'y a pas de repères précis intracavitaires pour guider le tube : il est nécessaire de se guider sur un repère extérieur qui donne à l'instrument une direction des plus grossières.

2° L'aspect d'un estomac à l'endoscopie est très particulier : après insufflation, la surface visible présente des plis, des dépressions, des rides mobiles en tous sens, qui ressemblent, selon CHEVALIER-JACKSON, à « un amas de vers de terre ou de spaghettis bouillis ». Par ailleurs, souvent, en les déplaçant, les replis

de la muqueuse laissent apparaître du liquide gastrique.

3° Au cours des explorations que nous avons faites, nous n'avons qu'exceptionnellement pu apercevoir avec certitude ce que nous cherchions :

— une fente sphinctérienne au fond d'un entonnoir (GUISEZ);

— une fossette entourée de replis rappelant la fermeture d'une bourse (CHEVALIER-JACKSON).

De tels aspects sont réalisés à un nombre infini d'exemplaires par les plis normaux de l'estomac, aussi voit-on le toucher suppléer à cette visibilité insuffisante : CHEVALIER-JACKSON en montre l'importance, et l'œsophagoscopie rétrograde se rapproche avec lui plus du cathétérisme que de l'examen endoscopique.

4° La technique de JACKSON, qui consiste à diriger le tube vers la grosse tubérosité et à lui faire parcourir de gauche à droite la coupole gastrique, nous a semblé accumuler les difficultés.

Car s'il est déjà difficile de se repérer dans les replis innombrables de la muqueuse lorsqu'on dirige le bec du tube vers le cardia, il est impossible de le faire si de son plein gré on va se perdre dans l'énorme cul-de-sac que constitue la poche à air.

La grosse tubérosité représente même à notre avis une sorte de fausse route qu'il faut éviter à tout prix sous peine non seulement de perdre du temps, mais encore d'avoir des accidents.

5° Nous avons également utilisé le cystoscope. C'est théoriquement l'appareil qui devrait le mieux permettre de voir dans un estomac. Mais :

a) La distension par l'eau est ici beaucoup plus difficile à obtenir que dans une vessie, en raison de l'échanchéité imparfaite de l'estomac fistulisé.

b) Si l'on ne veut pas faire appel à un spécialiste, il faut se familiariser avec le maniement de cet appareil, ce qui est difficile étant donné l'emploi rare de l'œsophagoscopie rétrograde en pratique courante.

c) L'entrée de cet appareil dans l'arsenal O. R. L. pose un problème financier qui n'est pas négligeable, d'autant plus que :

d) Enfin il ne répond pas à tous les cas : il ne permet d'introduire dans l'œsophage que des sondes urétrales filiformes, et aucune bougie de calibre supérieur, ni aucun instrument rigide.

Pour cet appareil les difficultés dues à l'estomac et celles dues à l'appareil lui-même semblent s'additionner.

6° La meilleure preuve de la difficulté de reconnaître le cardia est le conseil donné par JACKSON et par TUCKER. Un long fil est dégluti, sorti par la bouche de gastrostomie et passé dans la lumière de l'endoscope. Le tube suit le fil qui le conduit au cardia.

7° Quant aux repères cutanés vers lesquels le tube sera dirigé, ils supposent actuellement, pour être précis, un examen radiologique préalable; nous ver-

rons qu'il est plus simple de les rechercher extemporanément en faisant le cathétérisme sous radioscopie.

UN NOUVEAU PROCÉDE

Franchir endoscopiquement le cardia est donc une manœuvre difficile et incertaine, et un nouveau procédé : le *cathétérisme* par un tube guidé par la radioscopie banale nous a paru être la méthode de beaucoup la plus simple et la moins imprécise.

Le cardia est cathétérisé par l'endoscope dirigé vers la région cardiaque, la radioscopie limitant la zone où le tube cherche à s'insinuer, par une pression douce, dans l'hiatus œsophagien, en lui *évitant de se perdre dans la grosse tubérosité*.

Ce procédé a donné les meilleurs résultats chez l'enfant comme chez l'adulte, sauf évidemment en cas de sténose de la région du cardia.

TECHNIQUE :

1° Si la bouche de gastrostomie est de petit calibre, elle doit être dilatée auparavant, pour que puisse passer un tube de 5 mm., et il est vraiment exceptionnel qu'un tel tube ne puisse pas passer d'emblée.

2° Nous verrons dans la troisième partie les qualités que doit présenter la gastrostomie pour faciliter le cathétérisme.

Instruments : deux œsophagoscopes de JACKSON de 5 mm. pour l'enfant long de 30 cm.

pour l'adulte long de 40 cm.

Il nous semble important de souligner que les tubes nus, sans porte-lampe, sans aspiration suffisent.

Des sondes urétérales de calibre petit et moyen opaques aux rayons X.

Préparation : malade à jeun.

Lavage d'estomac évacué aussi complètement que possible.

L'exploration tout entière se passe dans la salle de radioscopie, sur la table radioscopique.

Position du malade. — Le malade, entièrement nu, enroulé dans une alèze sous-ombilicale, est couché sur la table. Celle-ci est recouverte d'une alèze qui recueillera la sécrétion gastrique qui ne manquera pas de s'écouler au cours de l'exploration.

Un coussin de sable sous la région dorsale inférieure relève les hypocondres.

Les genoux sont demi-fléchis.

Le pansement de gastrostomie et la sonde sont enlevés.

Les téguments sont largement badigeonnés au mercurochrome.

Un champ perforé stérile est placé, car si l'asepsie chirurgicale n'a rien à faire ici, on se trouvera toujours bien de cette modeste antiseptie et de principes élémentaires d'hygiène.

L'opérateur. — Se place du côté de la table où sont, ou bien où ne sont pas les commandes du diaphragme radiologique, suivant qu'il est suffisamment secondé ou non.

Dans un plateau, à portée de sa main sont :

- l'œsophagoscope;
- une sonde urétérale;
- des compresses;
- une cupule d'huile de vaseline;
- une paire de gants.

Le tout stérilisé, bien entendu.

Intervention. — A) à la lumière.

L'endoscope, *huilé*, pris très délicatement, un peu à la manière d'une queue de billard, est introduit par l'orifice de gastrostomie; une fois qu'on a senti le bec du tube libre dans la cavité gastrique on le pousse de trois ou quatre centimètres en haut, en arrière, en dedans.

B) dans l'obscurité, sous le contrôle des rayons.

1° Sur l'écran on repère rapidement l'angle que forment la *colonne vertébrale* et la *coupole diaphragmatique gauche* (figure 1).

2° C'est vers cet angle que très doucement on guide le bec du tube.

3° Il va chercher vers la ligne médiane le *contact de la colonne vertébrale*, dont on sent très bien au toucher la convexité transversale. Le bec du tube reste au contact du flanc gauche de la colonne : il est ainsi placé tangentiellement par rapport à la petite courbure, c'est-à-dire en droite ligne avec le bord droit de l'œsophage.

4° Arrivé en ce point, il ne faut ni trop « piquer » en arrière, ni abaisser trop précocément le manche du tube. L'inclinaison sous laquelle on trouve le pas-

sage varie d'ailleurs avec la position de la bouche de gastrostomie.

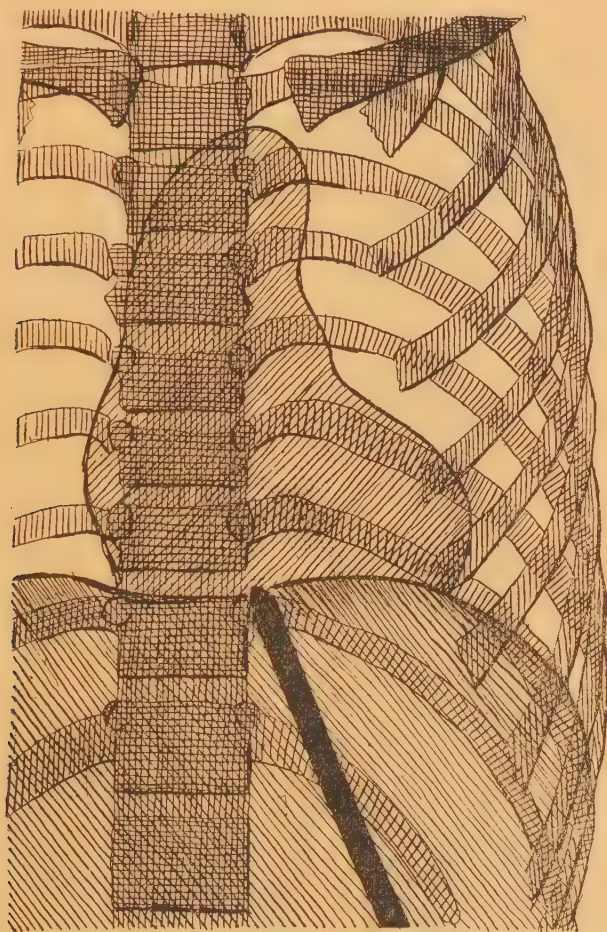


FIG. 1

5° Le tube auquel on imprime de petits mouvements de godille, recherche avec beaucoup de douceur une sorte de point faible dans la résistance souple contre laquelle il butait.

6° Il se trouve tout à coup poursuivant son chemin, et on le voit apparaître derrière l'ombre du cœur : l'endoscope est dans la partie inférieure de l'œsophage (figure 2).

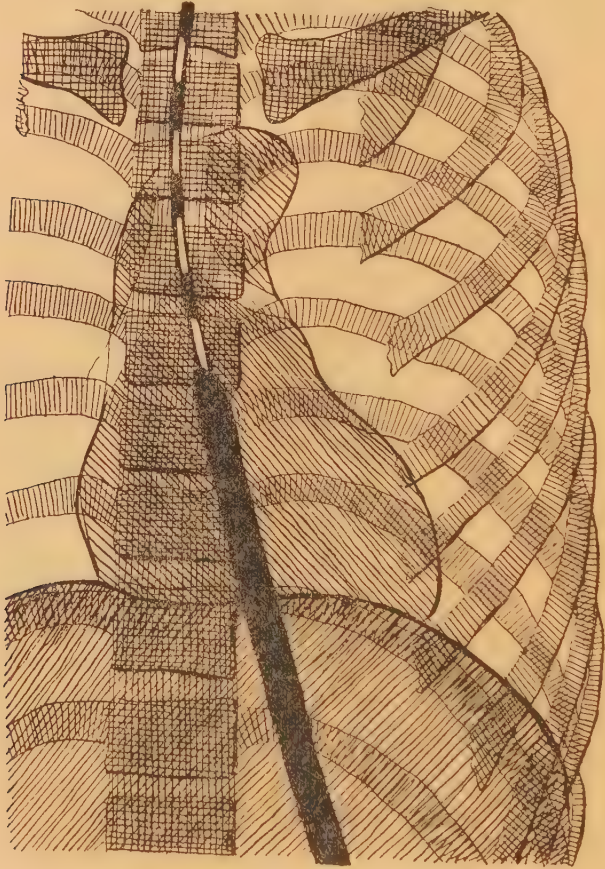


FIG. 2

RÉSULTATS :

Jamais un accident, ni même un incident n'a été à signaler avec le procédé de cathétérisme du cardia que nous avons utilisé et que nous préconisons.

Par contre, en recherchant le cardia sous le contrôle illusoire de la vue, une perforation secondaire de la grosse tubérosité a été signalée. Et à ce propos il n'est peut-être pas sans intérêt de souligner que dans ces manœuvres doivent être proscrits les tubes dont la section est perpendiculaire au grand axe, ou dont les bords sont relativement coupants: ils peuvent faire emporte-pièce. Ces deux graves défauts se rencontrent sur le tube-rallonge de BRUNINGS et sur celui de HASLINGER.

Tels sont les problèmes que pose la découverte du cardia, et le procédé qui nous a paru les résoudre le plus simplement.

DEUXIEME PARTIE

L'ŒSOPHAGOSCOPIE RÉTROGRADE PROPREMENT DITE

La région du cardia une fois franchie, commence l'œsophagoscopie rétrograde proprement dite.

Elle est un premier temps de thérapeutique endoscopique.

I. - REALISATION

Pour pouvoir pousser le tube vers le haut, il faut :

A) S'efforcer de rapprocher l'axe du tube de celui de l'œsophage thoracique inférieur;

1° en inclinant le manche en dedans vers la ligne médiane;

2° en ne craignant pas de déprimer la paroi abdominale sous l'orifice de gastrostomie.

Pour cela sont nécessaires :

a) certaines qualités de la bouche de gastrostomie, dont nous reparlerons plus loin;

- b) *l'anesthésie* générale : pour réussir le cathétérisme chez le jeune enfant, il est souvent indispensable de demander à l'anesthésie le relâchement musculaire complet. Elle ne doit cependant être employée qu'après échec du cathétérisme sans anesthésie.
- B) S'efforcer de rapprocher l'axe de l'œsophage thoracique supérieur de celui du tube dans sa position optima.
- 1). En réduisant la cyphose dorsale normale à l'aide d'un coussin de sable placé au-dessous de la pointe des omoplates.
- 2). En mettant tête et épaules en position basse, le rebord de la table étant au milieu de la hauteur des omoplates (stade « bas » de la position « haute-basse » de JACKSON).

II. - CONTRE-INDICATIONS

Un seul groupe d'ordre uniquement local :

Les lésions de la région du cardia.

A) Lésions cicatricielles :

- 1° après ingestion de caustiques ou d'acides;
- 2° secondaires à un ulcère du cardia.

B) Les néo-formations bénignes ou malignes.

III. - INDICATIONS

Les rétrécissements.

Les atrésies.

LES RÉTRÉCISSEMENTS :

Lesquels ?

- 1° Les rétrécissements que plusieurs tentatives par

voie pérorale permettent de considérer comme infranchissables.

2° Les rétrécissements difficilement, inconstamment ou partiellement franchissables.

3° Les rétrécissements avec œsophagite.

Avantages de l'œsophagoscopie rétrograde dans ces cas.

1° Elle permet le cathétérisme de *bas en haut* toujours *facile*.

En effet la lumière rétrécie du conduit abordée par en bas est toujours au centre du cône cicatriciel, et se présente pour ainsi dire d'elle-même au cathéter.

2° Elle évite de nombreuses explorations pérorales.

Car s'il est vrai que certains rétrécissements infranchissables par le haut peuvent le redevenir une fois l'œsophage mis au repos par une gastrostomie, il n'en est pas toujours ainsi, et la recherche tenace du pertuis représente toujours un aléa qu'il semble sage d'éviter.

Pourquoi s'acharner par voie haute, alors que la gastrostomie existant, un cathétérisme rétrograde peut être extrêmement simple ?

Parmi les observations que nous rapportons, certaines montreront qu'après des brûlures remontant à un an et gastrostomisées depuis six mois, l'œsophagoscopie pérorale plusieurs fois répétée n'a jamais permis de trouver le passage. L'existence de ce passage étant affirmée par la découverte dans le liquide gastrique d'eau colorée déglutie.

3° Elle repère la limite inférieure du rétrécissement.

L'œsophagoscope poussé doucement, ou mieux une fine sonde opaque à bout olivaire, montrent sur un cliché la limite inférieure de la zone réellement rétrécie, ce que ne donne pas avec précision le cliché après ingestion de baryte (fig. 3).

4° Elle permet l'installation rapide d'un fil sans fin.

C'est le but principal de la manœuvre : après cathétérisme du cardia, une sonde filiforme est glissée dans le tube, et la facilité avec laquelle est constamment franchie la zone rétrécie est déconcertante. La sonde prise dans le pharynx, tire après elle une soie n° 3 qui est passée dans une fosse nasale à l'aide d'une sonde molle.

Ainsi est réalisé le fil sans fin qui tirera après lui de bas en haut des sondes type Tucker.

5° Enfin il est plus simple, comme nous l'avons fait plusieurs fois de réinstaller par la voie rétrograde un fil sans fin cassé, si pour une raison quelconque une sonde pérorale ne passe pas simplement : le cathétérisme rétrograde est souvent moins pénible et moins long que la recherche dans l'estomac de la sonde pérorale.

LES ATRÉSIES.

On dit qu'il y a atrésie lorsque ni les liquides, ni l'air n'arrivent à franchir la zone rétrécie.

Ici l'œsophagoscopie rétrograde est d'un intérêt

indiscutable et d'ailleurs indiscuté. Elle est toujours associée à l'œsophagoscopie pérorale.

A quelles atrésies peut-on s'attaquer ?

A tous les diaphragmes dont l'épaisseur ne dépasse pas un centimètre.

Avantages de l'œsophagoscopie rétrograde dans les atrésies.

1° Elle permet d'apprécier l'épaisseur du diaphragme.

Le niveau inférieur, comme le supérieur d'ailleurs, est imparfaitement repéré par le bec du tube qu'un segment rétréci peut tenir éloigné du diaphragme cicatriciel. Par ailleurs, il est pour le moins difficile d'obtenir sur un même cliché, à la fois, les niveaux supérieur et inférieur repérés par le lipiodol.

Le meilleur procédé est, à notre avis, le repérage sur un même cliché des extrémités olivaires de deux sondes opaques introduites simultanément par œsophagoscopie rétrograde et pérorale (fig. 3).

2° Elle guide jusqu'au contact du diaphragme les instruments avec lesquels on a l'intention de rétablir la lumière œsophagienne.

3° Elle permet surtout de rendre rectiligne l'œsophage par la mise dans le prolongement l'un de l'autre des deux tubes; et l'on peut ainsi perforer le diaphragme sans craindre de blesser les parois œsophagiennes. Cette mise en place des deux tubes exige l'utilisation de la radioscopie biplane, ici absolument indispensable.

Nous ne voulons pas entrer dans la description détaillée des nombreux procédés qui se greffent sur le principe de l'œsophagoscopie rétrograde. Chacun n'a d'ordinaire servi qu'une fois et son rendement, bon ou mauvais, ne peut être pris en considération.

Il nous semble plus important d'insister sur quelques règles générales :

Obtenir à tout prix la docilité du malade.

Eviter d'utiliser l'électro-coagulation dont l'action en profondeur est imprévisible.

Surtout ne pas hésiter à tout arrêter et à tout remettre à plus tard si quelque chose ne va pas.

EN RÉSUMÉ :

Il ne semble pas que l'œsophagoscopie rétrograde puisse être exploratrice : on ne peut obtenir ici la même visibilité que dans l'œsophagoscopie pérorale où le tube reste toujours orientable ; l'orifice de gastrostomie même bas situé limite toujours la mobilité du tube dont l'axe n'arrive jamais à coïncider avec celui de l'œsophage, et l'on a les *plus grandes difficultés* à voir autre chose que la *paroi postérieure et droite du conduit*.

Toutefois, dans certaines conditions techniques, on a pu, paraît-il, réaliser une œsophagoscopie vraie rétrograde. Mais bien que nous soyons convaincus de l'excellence de la méthode, nous n'en sommes pas au point de l'utiliser pour l'exploration de l'hypopharynx, comme pourrait le faire croire TUCKER qui indique le détail technique pour passer la bouche de

l'œsophage de bas en haut. Nous n'utilisons le tube que comme un guide pour sondes et instruments, nous réservant de voir par le tube péroral.

Quoi qu'il en soit, il nous est difficile de comprendre que GUISEZ ait pu écrire en 1936 :

« ... Point n'est besoin d'avoir recours à des manœuvres plus complexes... le cathétérisme rétrograde, même sous endoscopie, en se servant de tubes courts, ne nous a pas donné de meilleurs résultats, et nous l'avons définitivement abandonné. Si l'on ne passe pas par en haut c'est qu'il y a soudure. »

Il semble qu'il puisse être fait appel de cette condamnation, car

1° Il est trop simple de rayer d'un trait de plume l'œsophagoscopie rétrograde du groupe des manœuvres dirigées contre les rétrécissements serrés : de nombreux auteurs, parmi les plus qualifiés, l'ont utilisée et l'utilisent encore.

2° L'œsophagoscopie rétrograde est précisément indiquée par ces mêmes auteurs comme le seul procédé relativement peu dangereux pour traiter les « *soudures* ».

TROISIEME PARTIE

LA GASTROSTOMIE POUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE

Nous n'avons pas l'intention de parler ici des techniques de gastrostomie, mais des services que peut rendre, dans le cadre de notre étude, une fistule gastrique présentant certaines qualités.

La gastrostomie fut à l'origine le traitement palliatif de toutes les sténoses œsophagiennes qu'elles soient d'origine néoplasique ou cicatricielle : on ne savait traiter ni les unes ni les autres, et la fistulisation gastrique permettait une survie variable.

C'était une gastrostomie avec laquelle le malade devait finir ses jours : elle devait donc être avant tout *continente*. Pour cela elle était faite suivant différents procédés destinés, plus ou moins théoriquement d'ailleurs, à empêcher le reflux; elle était faite surtout

très haut, sous le rebord costal, et intéressait la *grosse tubérosité*.

C'est par cette bouche idéale et continente, qu'à la période historique les pionniers de l'œsophagoscopie rétrograde se sont efforcés de passer.

SENCERT, GUISEZ s'en sont plaint. Et ils ont dit quelle situation aurait dû avoir la bouche pour faciliter leur exploration. Mais ils ne sont pas d'accord avec les auteurs plus récents : car s'ils demandent une gastrostomie paramédiane, comme il semble logique de le faire, ils la veulent *haute*. C'est sans doute parce qu'ils utilisaient des tubes courts, et ne cherchaient qu'à voir le cardia.

Parmi les auteurs plus récents, seul l'américain TUCKER parle un peu de la gastrostomie, et encore en termes généraux.

Aujourd'hui, la plupart des sujets porteurs d'un rétrécissement de l'œsophage ne vivent avec leur gastrostomie que pendant une période de quelques mois à deux ans par exemple; en tout cas, un jour, leur stomie sera fermée parce que l'on aura suffisamment dilaté leur rétrécissement pour permettre l'entretien *per os* de la dilatation et l'alimentation.

Aussi, devant l'intérêt de l'œsophagoscopie rétrograde et les résultats obtenus par elle, qui a permis de rendre à une vie normale des sujets porteurs d'une terrible infirmité, est-on en droit de demander au chirurgien une gastrostomie qui facilitera avant tout l'introduction du tube. Et cela dans tous les cas où

les examens auront montré que l'abord péroral était impossible.

SENCERT écrivait déjà :

« La stomie ne sera pas éternelle... Elle doit permettre, avant tout, d'atteindre l'œsophage. En cas d'incontinence on pourra l'oblitérer par un fausset de verre maintenu par un bandage de corps serré. »

Il suffit d'ailleurs d'avoir passé un tube dans une gastrostomie quelconque, à la recherche du cardia, pour pouvoir dire les qualités qu'elle devrait présenter pour permettre l'exploration de l'œsophage.

La gastrostomie pour les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage doit être :

1° *Paramédiane* : le long du bord axial du grand droit gauche;

2° *Basse* : l'incontinence est un problème ennuyeux mais secondaire. La situation basse ne présente aucun inconvénient avec les tubes longs actuellement utilisés, et cela permet au contraire de les incliner suffisamment;

3° *Assez large* pour admettre, une fois cicatrisée, des tubes de 7 mm.

Telle est la gastrostomie que nous nous efforcerons d'obtenir du chirurgien chaque fois que nous aurons nous-même à en poser l'indication. Il va sans dire que nous prenons sur nous la responsabilité de l'incontinence de cette bouche, et des soins méticuleux qu'il faut avoir pour le pourtour de la plaie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (IGLAUER)

Miss S..., 26 ans, est vue en déc. 1931. A tenté de se suicider en avalant un verre de soude. A été hospitalisée 18 jours pendant lesquels une dysphagie totale de 4 jours s'est rapidement améliorée.

A présenté pendant 6 mois une dysphagie intermittente. A du subir en mars 1931 une gastrostomie. Une œsophagoscopie à cette période a montré une striction annulaire haute dilatée 12 fois. Elle refuse d'avaler un fil.

Quand elle est vue par IGLAUER en déc. 1931, elle n'avale plus rien du tout.

Radio-lipiodol montre une striction complète au niveau du manubrium sternal.

Œsophagoscopie : entonnoir fibreux à 23 cm. des incisives : une fine bougie ne passe pas.

Devant une tentative infructueuse d'œsophagoscopie rétrograde, un CYSTOSCOPE est introduit dans l'estomac; une sonde urétérale est poussée dans l'œsophage, elle bute au niveau de D₅.

Un lipiodol haut et bas montre l'épaisseur du diaphragme : 2 mm.

Il se proposait plus tard, de pousser un cathéter par en bas qui serait examiné par voie pérorale. Mais le surlendemain la malade arrive à avaler un peu de liquide et elle peut spontanément avaler un fil.

Tout s'est passé comme si le traumatisme léger causé par la sonde urétérale avait entraîné la perforation du diaphragme, assez mince d'ailleurs.

Trois autres observations très résumées montrent l'établissement d'un fil sans fin par le cathétérisme rétrograde grâce au cystoscope manié par un urologiste.

IGLAUER conclut à l'avantage du cystoscope qui s'accommode d'une stomie mal placée et découvre aisément le cardia grâce à son grand champ visuel.

OBSERVATION II (Docteur AUBIN)

L'enfant Pierre P..., 5 ans, est vu en juin 1936, pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage secondaire à l'ingestion accidentelle de potasse treize mois auparavant. Une gastrostomie a été faite il y a six mois, et actuellement l'alimentation par la sonde est seule possible.

EXAMEN : L'enfant est amaigri, mais a par ailleurs bon aspect. Tout aliment dégluti est plus ou moins rapidement régurgité. Tous les examens prouvent l'obstruction complète de l'œsophage :

1° L'eau colorée au bleu de méthylène, déglutie, ne teinte pas le liquide gastrique.

2° La radioscopie, après ingestion d'une bouillie barylée claire, ou de lipiodol, montre un arrêt sous le rétrécissement aortique normal, au niveau du corps de D₅.

3° L'œsophagoscopie est faite enfin : dès la bouche œsophagienne franchie, on tombe dans la dilatation;

l'aspiration évacue avec peine une stase abondante. La muqueuse est œdématiée, le conduit a un diamètre double de la normale. A 14 cm. des arcades dentaires le tube bute au fond d'un cul-de-sac régulier où s'entre-croisent quatre brides cicatricielles. A leur union un point semble moins évolué du point de vue cicatriciel : il apparaît comme une lentille rosée; son exploration plusieurs fois répétée à l'aide d'une bougie filiforme de Jackson ne permet de découvrir aucun passage.

Ces trois examens concordants permettent d'affirmer l'atrésie. (Nous verrons dans une autre observation qu'il s'agit de vraisemblance et non pas de certitude). (Obs. V).

Des recherches complémentaires vont permettre d'apprécier l'épaisseur du diaphragme, l'angulation des deux segments de l'œsophage, de tenter et de réussir la restauration de la lumière œsophagienne.

L'abord de la région sus-stricturale étant réalisé, il restait à aborder la région sous-stricturale : c'est à propos de ce cas que les différentes techniques d'œsophagoscopie rétrograde furent passées en revue, essayées pour la plupart, et que fut mise au point la technique de cathétérisme du cardia que nous préconisons.

Le cathétérisme rétrograde est fait pour la première fois sous anesthésie générale en raison de l'indocilité de cet enfant de 5 ans. Par la suite, il est réussi facilement sans anesthésie.

Pour progresser, le manche du tube est abaissé et rapproché de la ligne médiane, mais la coïncidence des axes ne peut être réalisée en grande partie en raison de la situation haute de l'orifice de gastrostomie, et la visibilité ne porte que sur la paroi postérieure de l'œsophage, sans champ d'exploration étendu.

On atteint ainsi, à l'aveugle, l'union des deux tiers inférieurs de l'œsophage. Pour cheminer plus loin il est nécessaire d'avoir une anesthésie générale poussée, pour obtenir un relâchement musculaire abdominal complet : le pavillon du tube peut alors être déplacé à fond en bas et en dedans.

Une sonde fine opaque semble aller plus loin que ne va le tube; une image lipiodolée est prise tête basse, qui montre qu'il existe au-dessus du point que le tube a

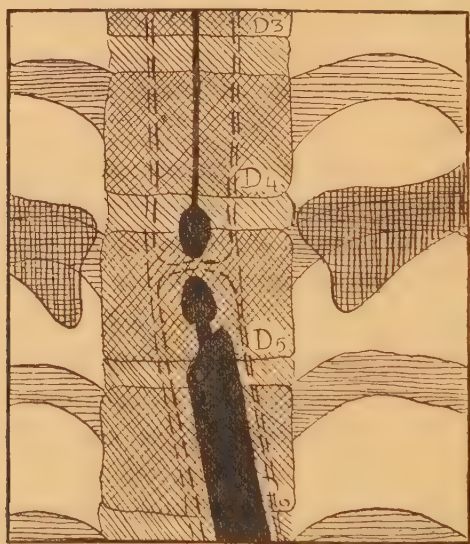


FIG. 3

atteint un segment rétréci mais perméable qui précède le diaphragme.

Deux fois par semaine, on introduit par le tube des bougies de plus en plus grosses; enfin, le tube lui-même guidé sur une sonde fine sert de dilateur.

Après six mois de soins une sonde progresse jusqu'au niveau de D₆. Deux sondes opaques à bout olivaire sont poussées par la bouche et la stomie : elles ne sont sépa-

rées que par 5 à 6 mm. Un grand cliché du thorax est pris qui montre la projection des sondes. (FIG. 3.)

Pour la perforation du diaphragme.

La diathermo-coagulation fut d'emblée écartée en raison de la proximité inquiétante de la crosse de l'aorte.

Les pinces ordinaires type Jackson ou autre semblaient trop volumineuses pour perforer au point d'épaisseur minima.

Un perforateur spécialement construit fut utilisé : véritable trocart, il comprend deux parties :

1° Une partie interne constituée par une tige d'acier de 1 mm. 5 de diamètre et de 50 cm. de long. Une de ses extrémités est taillée en pointe de trocart, l'autre porte un chas d'aiguille où l'on peut enfiler une soie qui sera entraînée par l'instrument au travers de la perforation.

2° Une partie externe creuse, formant chemise; elle porte à l'une de ses extrémités un renflement olivaire.

Le saillant du trocart est réglé à volonté par la butée sur la chemise d'un curseur mobile sur la tige interne. On peut ainsi l'utiliser à volonté comme un instrument mousse ou perforant.

Intervention. — Sous anesthésie générale au chloroforme poussée pour obtenir une résolution musculaire complète, on introduit par voie perorale un tube de Jackson de 7 mm., par voie rétrograde un tube de Jackson de 7 mm. sur 30 cm.

Le cheminement est suivi par la radioscopie faite sous deux plans (d'ailleurs avec un appareillage ordinaire : en plus d'une table courante, une deuxième ampoule est placée sur un pied et placée au ras de la table : elle donne l'orientation dans le plan vertical).

Le tube inférieur ne peut dépasser D_7 , qu'une fois le thorax relevé par un coussin de sable. Dans ce tube, le trocart, pointe masquée, est introduit : il devait refouler le diaphragme cicatriciel dans la lumière du tube supérieur. Mais ce refoulement ne peut pas être obtenu

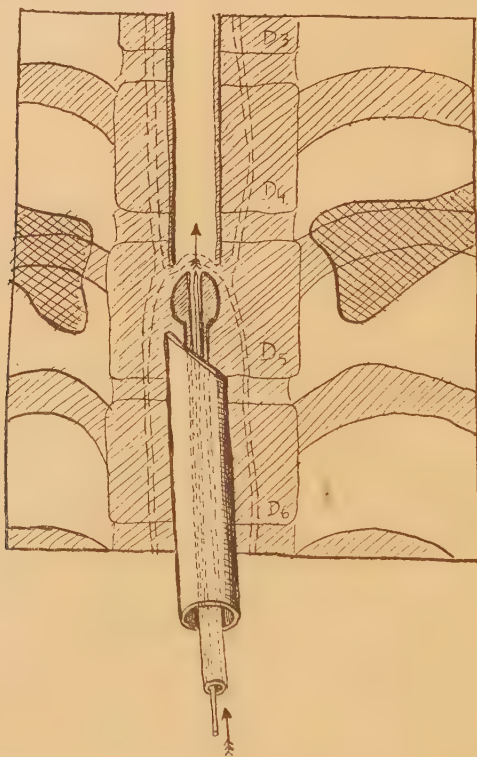


FIG. 4

très nettement, et, en raison de la fatigue du sujet on interrompt l'intervention.

Nouvelle tentative quinze jours plus tard.

On pense qu'un tube supérieur à orifice non en biseau maintiendra mieux étalé le fond du cul-de-sac, et épaulera mieux la pression du trocart. Aussi le tube de Bru-

nings avec sa rallonge est-il substitué, pour l'œsophagoscopie perorale au tube de Jackson.

Sous le contrôle des deux écrans, les deux tubes dans le prolongement l'un de l'autre, arrivent à n'être séparés que par un centimètre.

Cette fois l'olive du perforateur refoulant le diaphragme est visible dans la lumière du tube supérieur, sous la forme d'une petite voussure. (FIG. 4). On fait saillir le trocart, et le diaphragme est perforé : l'olive apparaît dans le tube supérieur, le trocart est passé et traîne à sa suite une forte soie.

Suites opératoires : une simple alerte les 2^e et 3^e jours : temp. 38,5, dyspnée. Le 6^e jour tout est rentré dans l'ordre.

Dilatation sur fil sans fin commencée le 10^e jour avec des sondes type Tucker. Le 16 est passé au bout d'un mois, et l'alimentation est reprise par les voies naturelles.

A la 6^e semaine les sondes sont directement passées par la bouche; le fil est laissé pour plus de sécurité.

Les radiographies montrent que :

— A la 3^e semaine si la dilatation n'a pas changé de volume, un mince filet de lait baryté s'en échappe;

— A la 6^e semaine, la poche a considérablement diminué (un tiers), elle est fusiforme et la lumière de l'œsophage sous-strictural est très élargie.

La sonde de gastrostomie est supprimée au 3^e mois.

Suites éloignées : Reprise rapide du poids et de la stature normaux pour un sujet de l'âge de cet enfant.

OBSERVATION III (King Edward)

Un cas d'atrésie complète clinique radiologique et œsophagoscopique.

Restauration de la lumière par œsophagoscopie com-

binée guidée par le fluoroscope, à l'aide d'une pince.

Fil sans fin, guérison.

OBSERVATION IV (Docteur A. AUBIN)

Thérèse P..., 6 ans, avale accidentellement il y a seize mois de la potasse caustique. A cette ingestion succède un rétrécissement que le spécialiste n'arrive pas à distendre, même après mise au repos par la gastrostomie faite trois mois après l'accident.

C'est alors que la malade est envoyée au Docteur AUBIN.

Examen : Etat général assez bon, un peu amaigrie l'enfant supporte bien l'alimentation administrée exclusivement par la sonde.

La *sténose* n'est pas complète :

1° L'eau colorée passe lentement dans l'estomac, et peut être recueillie par la sonde gastrique.

2° Un filet de baryte ténu et tortueux, long de quatre centimètres témoigne d'une diminution importante du calibre de l'œsophage dont la portion sus-stricturale n'est pas dilatée.

3° L'œsophagoscopie est faite trois fois et sous anesthésie générale en raison de l'indocilité de l'enfant : une cicatrice étoilée se trouve au centre de la partie rétrécie; son exploration et celle de son voisinage, faite méthodiquement à la sonde fine de Jackson, ne permet pas de découvrir l'orifice dont l'existence est pourtant certaine.

Devant cet échec de la voie perorale, la voie rétrograde est essayée.

Œsophagoscopie rétrograde : Sans anesthésie générale, sous le contrôle de la radioscopie, un œsophagoscope de 5 mm. est introduit par la bouche gastrique et

dirigé vers l'angle vertébro-phrénique gauche. Après avoir pris contact avec la colonne dorso-lombaire, l'instrument est poussé très doucement; on lui imprime de légers mouvements de rotation. Quelques secondes de tâtonnement et, insensiblement, le tube passe derrière l'ombre cardiaque : il a pénétré dans l'œsophage thoracique.

Sans l'enfoncer plus profondément, on glisse dans sa lumière une sonde urétérale; poussée sans effort, elle franchit le rétrécissement, une nausée et les cris de l'enfant montrent qu'elle a atteint le pharynx, d'où on la retire avec une pince de Péan. Une soie est attachée à l'extrémité gastrique de la sonde qui attirée par la bouche laisse en place le fil sans fin.

Dilatation : La dilatation est faite très lentement, car dès la deuxième séance, après le passage d'une sonde de Tucker 10, la température s'élève à 39, sans autre signe qu'une dyspnée légère qui dure trois jours, puis tout rentre dans l'ordre.

On poursuit la dilatation à la cadence de une séance par semaine, mais la progression est très lente. La quatrième séance est suivie d'une réaction inquiétante, et après quatre jours apparaît une pleurésie séro-fibrineuse qui fait suspendre les dilatations pendant six semaines.

Par la suite, les séances auront lieu seulement deux fois par mois, car après chacune d'elles la température s'élève aux environs de 38, 38,5. Le numéro 22 est atteint en 18 mois.

L'enfant s'alimente désormais exclusivement par voie buccale et son état général s'améliore rapidement.

Cette observation montre :

1° La gravité d'un rétrécissement dilaté tardive-

ment alors qu'un manchon fibreux fragile et difficilement extensible s'est formé.

2° La facilité avec laquelle est faite une œsophagoscopie rétrograde suivie de cathétérisme, alors que, malgré la certitude de l'existence d'un pertuis, l'œsophagoscopie pérorale avait échoué.

OBSERVATION V (Docteur A. AUBIN)

Francis H..., âgé de 2 ans, avale en juillet 1940 un verre d'une solution de potasse. Les accidents immédiats sont assez sérieux, mais l'état général et local n'obligent pas à faire de gastrostomie.

Octobre 40 : trois mois après l'accident, un bougirage régulier est commencé, et le numéro 12 est atteint; une séance d'électrolyse permet le passage d'une bougie n° 21.

Juillet 41 : le traitement est suivi d'une manière très irrégulière.

Août 41 : le cathétérisme est devenu impossible, la dysphagie est complète, l'état général décline rapidement.

Septembre 41 : la gastrostomie est faite, et dès que l'état de l'enfant le permet : œsophagoscopie au cours de laquelle il est impossible de découvrir aucun pertuis.

Mars 42 : l'enfant est adressé au Docteur AUBIN, à Ambroise-Paré.

Examen : *Etat général* excellent : l'enfant a bien supporté une rougeole sérieuse; il a la taille de son âge, et un enbonpoint relatif.

Etat local : tous les aliments ingérés sont régurgités quelques minutes après leur déglutition. L'alimentation se fait exclusivement par la bouche de gastrostomie.

L'imperméabilité de l'œsophage peut être considérée comme absolue :

1° L'eau colorée déglutie ne colore pas le liquide gastrique;

2° Les clichés montrent une poche dont le pôle inférieur dépasse un peu la convexité de la crosse aortique. La poche est régulièrement ovoïde, de sa déclivité ne s'échappe aucun filament baryté ou lipiodolé.

3° A l'œsophagoscopie (sous anesthésie générale, car l'exploration doit être minutieuse) la muqueuse est grise, œdématisée; elle ne saigne pas au porte-coton. Au centre on aperçoit une cicatrice blanche lenticulaire bordée à droite par quelques granulations. Aucune exploration à la sonde fine de Jackson ne permet de trouver de pertuis.

Œsophagoscopie rétrograde sous le contrôle des rayons :

Deux tentatives sans anesthésie générale échouent devant l'indocilité de l'enfant (3 ans). Le siège très latéral de l'orifice de gastrostomie n'est pas pour faciliter les choses.

On en arrive même à se demander s'il n'y a pas de lésions du cardia, et de fait l'introduction de baryte dans l'estomac et l'examen tête en bas ne permettent pas d'injecter la partie basse de l'œsophage.

Une troisième tentative est faite, sous anesthésie générale cette fois : grâce au relâchement musculaire le tube passe le cardia, et la sonde filiforme parvient, sans accrocher une seule fois, dans le pharynx.

Dilatation : 3 jours après le cathétérisme on arrive à passer la sonde de Tucker n° 10, qui est laissée en place une heure.

Progression rapide par deux séances hebdomadaires où trois sondes sont passées : les deux dernières de la fois précédente et enfin celle immédiatement supérieure.

Des clichés de contrôle montrent l'œsophage injecté en totalité, mais la dilatation persiste.

Des tentatives de *bougirage peroral* montrent que les bougies tolérées sont d'un calibre inférieur de deux à trois numéros à celui des sondes de Tucker, et surtout qu'on bute dans une amorce de diverticule.

On poursuit donc la dilatation sur fil sans fin et on ne prévoit la fermeture de la gastrostomie que lorsqu'une bougie n° 30 passera sans aucune difficulté par les voies naturelles.

Depuis deux mois et demi, l'alimentation de l'enfant se fait uniquement par les voies naturelles. Son état général est excellent.

Cette observation permet de faire quelques remarques :

1° Un orifice de sténose très serré peut exister sans que l'œsophagoscopie puisse le déceler : il est masqué par l'œdème ou par les granulations qui peuvent l'oblitérer fonctionnellement au point de lui faire simuler une atrésie.

2° La persistance de la lumière est démontrée par le passage facile d'une sonde filiforme introduite par voie rétrograde. (Ceci est sans doute l'histoire de cette atrésie d'IGLAUER qui céda si facilement à une simple tentative de cathétérisme rétrograde.)

3° La gastrostomie ne fait pas toujours disparaître l'œsophagite.

4° Dès la gastrostomie faite il est inutile de s'acharner par voie pérorale, la préférence doit aller à la voie rétrograde dont le succès est certain s'il n'y a pas de lésion associée du cardia.

5° Seul le non franchissement du rétrécissement par voie rétrograde permet d'affirmer qu'il y a atrésie.

6° Pour réussir le cathétérisme rétrograde chez le jeune enfant, il est indispensable de demander à l'anesthésie générale le relâchement musculaire complet. Elle ne doit cependant être employée qu'après échec du cathétérisme sans anesthésie.

OBSERVATION VI (Louis H. CLERF)

X... avale de la lessive de soude.

La radio lipiodolée montre une striction complète. Et cependant par œso. rétro. une bougie filiforme de Jackson est aisément passée qui ramène un fil sans fin.

Il obtient rapidement une guérison qu'on peut considérer comme « complète ».

OBSERVATION VII (Docteur A. AUBIN)

Jean S..., alors âgé de 6 ans, avale une solution de potasse caustique en mars 1935.

Les accidents immédiats sont peu inquiétants. Une dysphagie progressive s'installe lentement, et fin mai 1936, l'enfant n'avale plus qu'à grand peine les liquides. Il est alors adressé au Docteur AUBIN, en raison de son état général.

Juin 36, *examen* : squelettique deshydraté l'enfant régurgite la presque totalité des liquides ingérés.

La *gastrostomie* est faite d'urgence et parfaitement supportée.

L'enfant reprend du poids et 15 jours après un examen complet est possible :

1° Le rétrécissement est perméable à l'eau colorée;

2° Les clichés montrent l'œsophage faiblement et régulièrement dilaté au-dessus du rétrécissement qui siège à la hauteur de la crosse aortique. Aucun filet de baryte ne rend visible le rétrécissement;

L'œsophagoscopie perorale sans anesthésie montre :

Muqueuse très rouge; calibre sus-strictural faiblement augmenté; large zone cicatricielle blanchâtre à la partie droite de la poche; aucun orifice n'est visible, ni repérable par l'exploration à la sonde fine de Jackson.

L'œsophagite n'a pas cédé à la gastrostomie; le rétrécissement est resté infranchissable.

Avant toute autre tentative, le liquide coloré passant facilement dans l'estomac, on tente de faire passer une soie lestée de plomb.

Elle est constamment régurgitée ou mâchonnée par cet enfant très jeune : on doit y renoncer.

Pendant un an, toutes les deux ou trois semaines, on tente de passer sous œsophagoscopie perorale, avec ou sans anesthésie générale.

Et pendant un an on constate le même degré d'œsophagite : il est impossible de trouver le pertuis.

L'histoire de Thérèse P..., hospitalisée dans le service au même moment, fait décider une *œsophagoscopie rétrograde* :

Octobre 37 : œsophagoscopie rétrograde sans anesthésie guidée par la radioscopie : le tube de 5 mm. vise l'angle vertébro-phrénique gauche inférieur. Après quelques tâtonnements, en moins d'une minute, le cardia

est franchi; la sonde urétérale opaque bute un instant contre un obstacle; quelques mouvements de rotation lui permettent bientôt de passer la sténose.

Dilatation : Après 3 jours commencent les séances de dilatation à raison de deux par semaine. La progression est rapide malgré l'ancienneté de la sténose.

Février 38 : La sonde Tucker 28 passe facilement.

Le bougirage peroral se fait couramment.

Avril 38 : L'enfant est renvoyé dans sa famille avec des directives précises :

1° Cathétérisme périodique pour entretenir la dilatation et l'adapter au développement de l'enfant;

2° Suppression de la sonde gastrique dans un an seulement;

1939-1940 passent sans qu'on reçoive de nouvelles de l'enfant.

Août 1941 : La mère le présente à nouveau au Docteur AUBIN car la dysphagie est réapparue : seuls les liquides passent.

On apprend que trois cathétérismes ont été faits en 1939, et depuis aucun. Heureusement, l'enfant est toujours porteur de sa gastrostomie.

Examen : Etat général bon (reprise de l'alimentation par sonde).

Septembre 1941 :

1° La sténose est perméable à l'eau mais pas à la baryte;

2° Clichés : montrent deux rétrécissements :

— Supérieur dans la zone juxta-aortique; il est assez large, mais à sa face postérieure est adossé un diverticule de 2 cm. de profondeur;

— Inférieur à 5 cm. sous le précédent; il n'est pas perméable à la baryte.

Entre les deux une large poche régulière s'étale au-dessus du rétrécissement imperméable.

3° Le cathétérisme peroral est jugé difficile, car la sonde tomberait presque inévitablement dans le diverticule, et de plus, cette zone franchie, il pourrait y avoir de grosses difficultés pour passer le deuxième rétrécissement;

4° Le cathétérisme rétrograde est envisagé d'emblée. Sans anesthésie, sous radio, en quelques secondes, le cardia est passé par le tube de 5 mm. et une sonde urétérale franchit le rétrécissement.

Dilatation : commencée le surlendemain par une Tucker n° 8.

Après la quatrième séance, un cliché montre : une diminution de volume de la poche intermédiaire; la perméabilité à la baryte de l'œsophage sous-jacent ; mais aucun changement pour le rétrécissement supérieur.

Puis deux fois la semaine est faite une séance de bougirage qui amène une progression rapide.

Mars 42 : N° 25 et alimentation par la bouche.

Juillet 42 : Sur fil sans fin passent les sondes n° 28; mais le cathétérisme buccal a des succès variables, car on bute souvent dans le diverticule.

Clichés : disparition du deuxième rétrécissement et de la poche. Aucun progrès du côté du premier rétrécissement.

Le pronostic éloigné reste sérieux.

Cette observation montre que :

1° La gastrostomie ne rend pas toujours franchissable un rétrécissement;

2° La baryte, même fluide, ne franchit pas toujours une sténose serrée encore perméable;

3° L'œsophagoscopie rétrograde a permis à deux reprises chez ce malade la pose d'un fil sans fin impossible à réaliser par tout autre procédé. Ce procédé doit être utilisé dès que la gastrostomie a été réalisée; l'œsophagoscopie pérorale, plus pénible, moins efficace, doit s'effacer devant elle.

OBSERVATION VIII (MURPHY et IGLAUER)

Atrésie post-typhoïde.

Œsophagoscopie combinée perorale et rétrograde.

La transillumination leur permet de repérer le bout à bout des tubes, et le diaphragme est perforé à l'électro-cautère.

Malheureusement, il semble qu'une bougie se soit malencontreusement glissée sous la muqueuse œsophagienne, et le malade sorti sur sa demande prématurément, avale de tout tout de suite et meurt après trois semaines, sans qu'il y ait eu de vérification.

OBSERVATION IX (Harold Leslie KEARNEY)

8 ans et demi.

Avale de la soude en fév. 1923.

Gastro en mai 1923.

Le fil avalé ne passe pas.

Œso. perorale montre une atrésie cicatricielle à 18 cm. des arcades.

Œso. rétrograde pénètre dans un cône et bute à 3 cm. du diaphragme.

Il est impossible de perforer un tel bloc fibreux de 6 cm. d'épaisseur.

CONCLUSIONS

1° L'œsophagoscopie rétrograde a conquis sa place parmi les méthodes de thérapeutique endoscopique des rétrécissements de l'œsophage.

2° Au cours du traitement d'un rétrécissement, il faut considérer deux stades :

- a) Avant que la gastrostomie ne soit faite : tout doit être essayé pour l'éviter;
- b) La gastrostomie est faite : tout doit être fait désormais par voie rétrograde : c'est simple, toujours supportable, jamais dangereux.

3° Dans l'œsophagoscopie rétrograde, le *repérage du cardia* est le temps difficile :

- a) Le repérage à la vue est illusoire;
- b) Le repérage du cardia sous radioscopie est sinon un progrès, du moins une simplification : ce procédé aboutit toujours en quelques secondes.

4° L'œsophagoscopie rétrograde, dans les rétrécissements serrés, constitue un moyen simple de passer un fil sans fin.

5° L'œsophagoscopie rétrograde est la seule méthode qui ait permis de restaurer la lumière œsophagienne dans des *atrésies* vérifiées par l'épreuve de l'eau colorée.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse,*

F. LEMAITRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBIN (A.). — *Strasbourg Médical*, 1937.
- BONS (G.). — Le soit-disant Cardiospasme. (*Thèse Paris*, 1936.)
- CHEVALIER-JACKSON. — Broncho-œsophagoscopie. (Masson, 1933.)
— *Ann. of O.R.L.*, déc. 1938.
- CLERF (L.-H.). — *Surg. Clin. of North America*, févr. 1924.
- GRAYSON CARROLL. — *Urological and cutaneous Review*, 1937,
p. 98 à 99.
- IGLAUER (G.). — Impermeable stricture of the esophagus relieved
by retrograde bouginage with the aid of a cystoscope inserted
through a gastrostomy (Biblio. américaine). (*Ann. of O.R.L.*,
1932, p. 1.091-1.202.)
- GUISEZ. — Cure des rétrécissements graves de l'œsophage. (*Rev.*
Chir., 1908, p. 297-319.)
- Rétrécissements cicatriciels infranchissables de l'œsophage.
(*Ann. Mal. O.R.*, 1909, p. 315-362.)
- Maladies de l'œsophage. (Baillière, 1911.)
- *Bull. de Lar. Bron. æso.*, octobre 1936.
- HASLINGER. — In *Maladies de l'æso*. Terracol. (Masson, 1938.)
- IMPERATORI. — Complete atresia of the esophagus. (*Ann. of*
O.R.L., déc. 1931.)
- KEARNEY (H.-L.). — Cicatricial atresia of the esophagus. (*Ann.*

KING (Ed.). — A new method of restoring the lumen in a case of impermeable stricture of the e. (*Surg. Gyn. and Obst.*, nov. 1924.)

LEWENFISZ. — *Ann. d'O.R.L.*, 1932, p. 58.

MOERSCH (H.-J.). — *An. of Otology*, 1935.

MURPHY. — *Transact. of the am. lar. rhino. otologic society*, 1914.

SENCERT. — *Journal de Chirurgie*, 1917-18, p. 553.

TERRACOL. — *Les maladies de l'œsophage*. (Masson, 1938.)

TUCKER (G.). — The retrograde esophagoscopy. (*Surg. Clin. of North Am.*, févr. 1924.)

